Macouzet (R)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

LA EPILEPSIA JACKSONIANA

TESIS

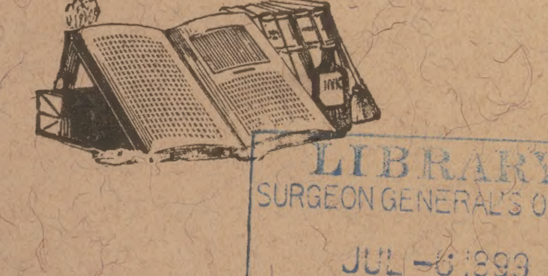
Que para el exámen profesional de Medicina, Cirujia y Obstetricia

PRESENTA AL

JURADO CALIFICADOR

Roque Macouzet,

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina,
Ex-practicante del Hospital general de San Andrés, practicante del Hospital "DIVINO SALVADOR"
Secretario de la Sociedad Filoiátrica y miembro de la "ANTONIO ALZATE."



LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE
JUL -6 1899

MEXICO.
IMP. "LA EUROPEA" DE RICARDO ARQUERO Y Comp.
ESCALERILLAS 20.
1893.

A mi querido y
respetable Maestro
el Sr. Dr. D. José Ma.
Bandera.
Su discípulo
Roque Macouzet

México, Febrero 18/
de 1893

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

LA EPILEPSIA JACKSONIANA

TESIS

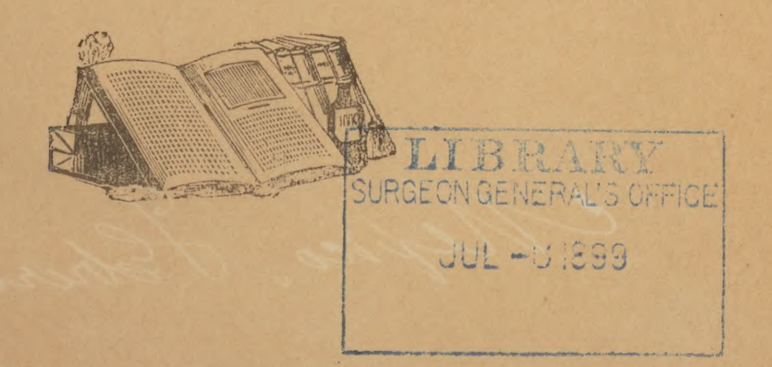
Que para el exámen profesional de Medicina, Cirujia y Obstetricia

PRESENTA AL

JURADO CALIFICADOR

Roque Macouzet,

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina,
Ex-practicante del Hospital general de San Andrés, practicante del Hospital "DIVINO SALVADOR"
Secretario de la Sociedad Filoiátrica y miembro de la "ANTONIO ALZATE."



LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE
JUL -6 1893

MEXICO.
IMP. "LA EUROPEA" DE RICARDO ARQUERO Y Comp.
ESCALERILLAS 20.
1893.

A mis amados Padres.

Pequeño tributo de amor filial.

Al Sr. Dr.

Manuel Carmona y Valle

Director de la Escuela Nacional de Medicina.

Admiración y gratitud.

AL SR. PROFESOR

Dr. Secundino E. Sosa.

En prueba de reconocimiento por las consideraciones inmerecidas con que me ha distinguido.

....

A mis queridos Profesores

LOS SEÑORES DOCTORES

J. M. Bandera, Luis E. Ruiz, Tobías Núñez y José Ramos.

Al Sr. Secretario

De la Escuela Nacional de Medicina

Dr. Tomás Noriega.

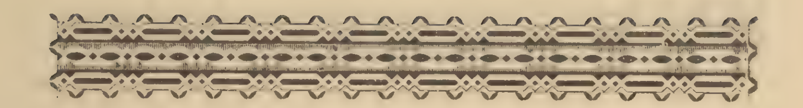
Al Sr. Profesor

Dr. Angel Gaviño Iglesias.

Al Sr. Dr.

Samuel Morales Pereira

A MIS MAESTROS



ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

La Epilepsía Jacksoniana.

Hemos presenciado tantas veces en el hospital del Divino Salvador el espectáculo doloroso del ataque epiléptico; es tan honda la impresión que siempre nos ha dejado y tan vehemente el deseo de contribuir en algo (siquiera sea en el estudio de esta enfermedad) al alivio de tantos males como afligen á los epilépticos, que no hemos vacilado, confiando en la indulgencia de los ilustrados Miembros de nuestro Jurado, en tomar este punto, como tema de la tésis que por prescripción reglamentaria debemos presentar, y más hoy, que la Cirujía con atrevida mano penetra, hasta lo que antes se consideraba como impenetrable, el cerebro, haciendo así, al cuerpo humano todo, el campo de su acción.





HISTORIA.

Hipócrates, el sublime Patriarca de la Medicina observó algunos casos de epilepsía producida por traumatismos craneanos y llegó á tal grado la penetración de este grande hombre, que recomendaba según se puede deducir de sus escritos, la trepanación como medio terapéutico, en los casos en que hubiera contusión de la materia cerebral. Celso y Galeno también recomendaban el mismo tratamiento. Muchos años después Berenger de Carpi, Ambrosio Peré, Guy de Chauliac, J. L. Petit, Malaval y Quesnay, siguieron las antiguas tradiciones de Hipócrates, trepanando siempre que observaban las convulsiones después de traumatismos con hundimiento de la caja craneana. Fabricio de Aquapendente dejó entre sus escritos, la historia de un joven á quien trepanó en estas condiciones, habiendo obtenido un éxito perfecto.

Saillant en 1779, refiere una observación de epilepsía parcial, cuya aura era cardiaca y braquial, en la que el enfermo podía detener su ataque, haciéndose estirar fuertemente el brazo derecho, cuando se sentía amenazado por él.

Lieutaud fué el primero que mencionó un caso perfectamente comprobado de epilepsía producida por cáncer cerebral. Más tarde Boileau de Castel-

neau y Cordier presentaron dos observaciones completas de epilepsía producida por tubérculos y quistes cerebrales respectivamente.

Herpin, Guerard y Besson presentaron observaciones análogas de tubérculos cerebrales y Calmeil afirmaba que según las estadísticas de todos los países que había podido recojer, las convulsiones se presentaban en $\frac{1}{3}$ de los casos de tuberculosis encefálica. Dupuytren y Morgagni citaron casos de abscesos cerebrales que habían traído consigo convulsiones epilépticas.

El primer trabajo de conjunto, sobre esta cuestión fué la importantísima tésis inaugural de Bravais en el año de 1827; pero no encontró imitadores, y sus estudios cayeron en el olvido, hasta el año de 1863 que Hughlings Jackson publicó sus primeros trabajos, en que fundándose solamente en la Fisiología y en la Clínica, dedujo sus conclusiones que en aquellos tiempos se tacharon de inexactas y atrevidas, pero que hoy, la anatomía Patológica con sus progresos incesantes ha comprobado plenamente, haciéndole justicia al hombre que provocó tantas sátiras científicas.

En efecto, desde entonces Jackson tenía el convencimiento pleno, de que los centros motores de los distintos grupos musculares de los miembros, se encuentran en la corteza cerebral y que esta es el centro de las lesiones que directa ó indirectamente producen las convulsiones.

Vinieron después los célebres estudios de Broca y Dax, á propósito de las localizaciones cerebrales, que trajeron discusiones memorables en el seno de todas las sociedades médicas del mundo civilizado, y ya se comprende que las dos cuestiones se ligaron íntimamente y que se prestaron mútuo apoyo. Pero hasta aquí la Clínica era la que más había contribuido, junta con la Anatomía Patológica, á los

descubrimientos de las localizaciones cerebrales, y les faltaba el comprobante de la Fisiología Experimental. Bien pronto Hitzig y Fritsch se encargaron en Alemania de comprobar las verdades que con tanto ardor defendían los autores mencionados, demostrándolas y afirmando que contra lo que hasta entonces se admitía, la corteza cerebral era directamente excitable por la electricidad y que hay relación constante entre el sitio de la corteza que se excita, y los músculos que se contraen.

Las ideas de Jackson llamaron grandemente la atención de Ferrier quien las comprobó por medio de sus notables experiencias. Desde ese momento una noble emulación se despertó entre los sábios para hacer progresar este ramo de la Fisiología y entónces Putnan, Nothnagel, Duret y tantos otros dieron á luz sus memorias que han contribuido no poco á conquistar les verdades que sobre este punto poseemos.

Albertoni fué más allá y quiso extender la zona epileptógena á toda la corteza cerebral y no limitarla exclusivamente á la zona que se llama motriz. Fácilmente se comprende que esta idea no haya sido admitida por todos los autores ni aun de la Escuela Italiana que es tal vez la que con más ahinco se ha dedicado al estudio de esta importante cuestión; asi Maragliano y Tamburini permanecieran fieles á las ideas de Fritsch, Hitzig y Ferrier.

Silvestrini de Sassari en su última obra reasume todo lo que hasta hoy se sabe de verdad en esta materia.

Astruc fué el primero que citó casos de epilepsía producida por accidentes sifilíticos y es á Fournier á quien pertenece el mérito indiscutible de haber demostrado que la sífilis en su tercer período puede traer consigo la epilepsía y de haber sacado de sus innumerables observaciones, las deducciones prác-

ticas que se verán, al ocuparnos del tratamiento. A la Escuela de la Salpetriére, con Charcot á la cabeza es á quien pertenece el período que bien pudiéramos llamar anatomo patológico de la epilepsía cortical, y es este autor el que le dió el nombre de Jacksoniana en honor de Hughlings Jackson.





CAUSAS.

Pudiéramos decir que las causas más frecuentes de la Epilepsía Jacksoniana, son los tumores cerebrales (gliomas, sarcomas neuróglicos ó angiocolíticos, psamomas, carcinomas y mixomas). Viene después la sífilis (gomas, osteomas, ect). Los reblandecimientos inflamatorios (21 por 112 casos de la estadística de Rolland) las meningitis, los traumatismos craneanos, los abscesos, las hemorragias corticales, los tumores meningeos y craneanos, los tubérculos, kistes, atrofia cerebral y algunos autores citan casos de epilepsía parcial producida por padecimientos pleurales ó auriculares.





PATOGENIA.

Para que nos sea fácil tratar esta árdua cuestión, es indispensable recordar algunos puntos á propósito de localizaciones cerebrales, procurando exponer las que hasta hoy son verdades conquistadas y que sean del asentimiento común de los autores. No haremos más que recordar los hechos más culminantes de la historia de las localizaciones, pues bien se vé, que nos sería imposible citar todas las observaciones y todas las experiencias que se han hecho desde que se inició el estudio, para la resolución de este problema.

Después del entusiasmo que provocó el sistema frenológico de Gall, vino tal reacción, que todos los esfuerzos encaminados á aclarar la verdad en esta materia, eran vistos más que con frialdad, con el más vivo é injustificado desprecio; así fueron recibidos los juiciosos estudios de Bouilluad, de Dax y de Broca, y fué necesario que Fritsch y Hitzig en 70, Ferrier en 73, Carville, Duret, Nothnagel y una falange de sábios más, llamarán la atención de los hombres de ciencia, para que aquella semilla germinara, dando el fruto siempre grande de la conquista de una verdad científica y contribuyendo así á que muchos epilépticos considerados antes como incurables, recobraran su salud perdida.

Gall localizaba el centro del lenguaje articulado en los lóbulos cerebrales anteriores. en el año de 1808. En 1825 Bouillaud confirmó clínicamente las ideas teóricas de Gall, sin establecer diferencia funcional, entre ambos hemisferios. En 1836 Dax de Somnières demostró que es el lóbulo cerebral izquierdo en donde está el centro del lenguaje articulado, pero es á Broca á quien pertenece el mérito de haber precisado que es en la tercera circunvolución frontal izquierda, y en el pié, en donde se encuentra ese centro, hecho que se conquistó sobre todo por observaciones clínicas. Esta localización abrió una amplia vía á los que se dedicaban á tal estudio.

Hitzig y Fritsch experimentando en el hemisferio cerebral de un perro, por medio de excitaciones eléctricas, cáusticas, etc., observaron que según era el territorio de corteza que irritaban, producían movimientos en los músculos de la cara, ó miembros del lado opuesto siempre los mismos, si una misma era la región excitada; que destruyendo esas regiones se producían parálisis localizadas allí donde antes con las simples excitaciones se veían convulsiones y que contra la opinión admitida generalmente de que la corteza era inexcitable estaban esas pruebas que demostraban lo contrario de una manera concluyente. Ferrier en 73 repitió estas experiencias obteniendo idénticos resultados y confirmando en todas sus partes, las conclusiones de los autores citados. Sin embargo, los resultados obtenidos por la experimentación en animales no es prueba de lo que pasa en el hombre, porque en aquellos tenemos dos grandes causas de error: la suplencia funcional, y la menor multiplicación de centros motores. Efectivamente, en el perro podemos destruir una mayor ó menor extensión de corteza cerebral, sin que las parálisis que se presentan sean definitivas; poco á po-

co se van restableciendo los movimientos y aun pudieran volver casi completos; por otra parte, como quiera que hay un menor número de centros, las lesiones que produzcamos tienen consecuencias menos grandes, que en el mono por ejemplo, en que aquel es mayor. Y bien, comparemos con lo que pasa en el hombre en donde los centros psico-motores son tan numerosos y la suplencia funcional, solo para las lesiones que se producen lentamente y entónces hallaremos enormes diferencias. En el hombre, las únicas observaciones posibles son las clínicas; sin embargo, hay en la ciencia una experiencia criminal del Dr. Roberto Bartholow, del hospital del Buen Samaritano de Cincinnati, quien ha llevado su temeridad hasta experimentar en un ser humano, una mujer de 32 años atacada de cáncer del cráneo, el cual había puesto á descubierto gran parte del lóbulo parietal; Bartholow, so pretexto de que la enferma estaba próxima á morir, no vaciló en hundirle agujas haciendo el papel de electrodos, hasta una pulgada y media de profundidad; desde luego notó la insensibilidad de la dura madre y de la sustancia cerebral, pero cuando era suficiente la distancia á que llegaban la enferma acusaba sensaciones más ó menos dolorosas en los miembros del lado opuesto; haciendo pasar una corriente eléctrica muy ligera, provocaba convulsiones perfectamente localizadas á distintas partes, según el punto en donde las aplicaba; aumentando la intensidad de la corriente farádica observaba movimientos coreiformes al principio y despues un verdadero ataque de convulsiones en todo el lado opuesto al del hemisferio excitado. Eran sobre todo, los músculos extensores, los que entraban en contracción.

Por parte de la Histología, han recibido plena comprobación en sus asertos, los autores citados.

Efectivamente, Betz ha hecho investigaciones muy minuciosas acerca de la estructura histológica del cerebro y ha obtenido los resultados siguientes, que son muy importantes para el estudio que hemos emprendido: hay dos regiones en el cerebro que se distinguen del resto por algunos caractéres especiales 1 º la circunvolución central anterior y la extremidad superior de la circunvolución central posterior y 2 º una extensión variable en los distintos individuos, en la punta del lóbulo occipital. En estas dos regiones hay numerosas grandes células ganglionares piramidales. Betz cree que la primera ó anterior corresponde al territorio motriz, mientras que la posterior sería un centro de recepción de la sensibilidad. Así pues, la corteza gris central tendría una disposición parecida á la de la médula. El tipo de estratificación en cinco capas de Meynert no se encuentra en el conjunto de sus caractéres sino en las partes situadas delante del surco de Rolando y en las porciones de los lóbulos parietales que están inmediatamente detrás de este surco, predominando las células piramidales sobre las globulosas. Por el contrario son raras las piramidales en los lóbulos occipitales y esfenoidales comprendida la cara interna del hemisferio, desde su extremidad posterior, hasta el borde posterior del lóbulo cuadrado, de manera que como dice Meynert, las grandes células nerviosas son solitarias, teniendo de particular que las prolongaciones protoplasmáticas son raras y que no tienen prolongación basilar bien manifiesta; además, según el mismo Betz, todas las grandes células piramidales son análogas en su estructura á las células motrices de la médula, sobre todo las células gigantes. Mierzeeusky dice que estas células están situadas principalmente en la circunvolución frontal ascendente, parietal ascendente y en el lóbulo paracen-

tral que establece la unión entre las dos. Estas conclusiones se han comprobado por Batty-Tuke y por Charcot. Además, se sabe que las células gigantes solo están en aquellas partes del perro que son directamente éxcitomotoras.

Como hemos visto, la teoría de las localizaciones cerebrales tiene bases sólidas, tanto anatómicas como clínicas y experimentales; asi pues reasumirémos lo que hasta hoy hay de perfectamente comprobado, en los siguientes términos:

1.º La región motriz ocupa en la corteza cerebral, una zona comprendida entre las dos circunvoluciones que forman la scisura transversa ó de Rolando, frontal y parietal ascendentes; la unión de estas dos circunvoluciones en la cara interna del hemisferio (lóbulo paracentral ó de Ecker, Rolándico) y los piés de las tres circunvoluciones frontales.

2.º Los centros motores para los movimientos de los miembros, están en los dos tercios superiores de las circunvoluciones ascendentes y en el lóbulo paracentral.

3º Los centros para los movimientos aislados del miembro superior del lado opuesto, se encuentran en el tercio medio de la circunvolcuión frontal ascendente.

4º Los centros para los movimientos de los músculos inervados por el facial inferior, están colocados en el tercio inferior de las circunvulociones ascendentes.

5º El centro del lenguaje articulado está en el pié de la tercera circunvolución frontal izquierda (ó de Broca).

6º En la extremidad inferior de las dos circunvoluciones ascendentes del lado opuesto, está el centro motor de los músculos de la cara.

7º Los músculos de la lengua tienen su centro

en la extremidad inferior de la frontal ascendente, cerca del pié de la tercera frontal.

Hechas estas consideraciones, pasemos al estudio del ataque. Este, según Hughlings Jackson, no es más que una descarga violenta, que emana de la corteza cerebral. En lugar de desplegar su fuerza gradualmente, la acumula para que haga explosión en un momento dado. La sustancia gris que es el sitio de una lesión epileptógena, está en permanente estado de nutrición anormal, y claro que su funcionamiento debe perturbarse también. Según él, un ataque es una descarga producida por la distrofia anterior; mas no son indispensables las convulsiones para que haya ataque, basta una sensación subjetiva (olorosa): ambos fenómenos no son más que el resultado de una descarga. Jackson cree que tampoco es indispensable para que haya ataque, la pérdida de conocimiento. Fácilmente se comprenderá que los síntomas que se presenten estarán en relación con el papel más ó menos elevado que el centro lesionado tiene que representar en los fenómenos vitales.

Jackson coloca en los siguientes grupos los síntomas más frecuentes de descargas epiléticas.

1º Mal olor subjetivo, con pérdida del conocimiento.

2º Ver los objetos todos, coloreados en azul.

3º Espasmo del lado derecho de la cara, con pérdida de la palabra.

4º Hormigueos del índice y del pulgar, seguidos de espasmos del antebrazo y mano.

5º Convulsiones generalizadas y pérdida del conocimiento.

6º Ataque vertiginoso.

Hé aquí seis formas de ataques iguales fisiológicamente, y distintos, considerados desde el punto de vista anatómico. Supongamos que la causa de la

epilepsía Jacksonania sea un tumor. Y bien, este tumor determinará una compresión general en el cerebro, pues bien sabemos que la caja craneana es inextensible, y aunque al principio las oscilaciones del líquido céfalo-raquidiano aminoren en cuanto sea posible los efectos de esa compresión, llegará momento en que, se agote ese recurso y entonces aparecerán los efectos del aumento de tensión intracraneana; además, tenemos la compresión directa que se hace sentir en los elementos nerviosos que están directamente en contacto con el neoplasma, así como los vasos, etc., que el tumor comprime al principio, rechaza después, terminando por destruir. Esta compresión vascular trae consigo la congestión que cuando es persistente hace que el plasma sanguíneo se extravase produciéndose así un verdadero edema, otras veces, y sobre todo cuando hay predisposición del sistema vascular (ateroma) pueden venir hemorragias y algunas veces puede presentarse una positiva flegmasía.

¿Pero por qué un tumor produce convulsiones? Recordemos lo que hemos dicho antes al hablar de las experiencias fisiológicas que se emprendieron para el estudio de las localizaciones cerebrales. Una excitación cualquiera, hecha en la corteza cerebral de un perro produce convulsiones del lado opuesto y localizadas precisamente en el miembro correspondiente al punto excitado. Y bien, esta irritación que producimos en el cerebro del perro, con una aguja, en el Jacksoniano la produce un tumor. Pero se preguntará ¿por qué si es una causa constante de irritación cerebral, las convulsiones se producen con tantas intermitencias? Ya habíamos dicho que el cerebro humano es relativamente tolerante, á las excitaciones lentas y no estalla en convulsiones sino hasta qus viene la saturación (permítasenos la expresión), cuando el cerebro, según la comparación de

Schroder van der Kolek, que representa el papel de acumulador de tensión nerviosa estalle en acceso epiléptico, así como de la botella de Leyden salta la chispa.

Pero queda otra cuestión, ¿por qué si la lesión está perfectamente circunscrita á tal ó cual centro psico-motor, las convulsiones algunas veces pasan los músculos correspondientes hasta el lado opuesto, ó hasta generalizarse? Con solo recordar las leyes de los fenómenos reflejos y sobre todo la de generalización de Brown—Séquard está resuelta esta paradoja. No podemos menos que recordar sus experiencias memorables á este respecto.

Decapitaba una rana, con el objeto de sustraer á la médula de la influencia inhibitoria del cerebro; excitaba moderadamente una pata y la contraía, aumentaba la intensidad de la excitación, entonces la contracción no quedaba localizada en la pata, sino que se extendía al muslo; lo hacía con más energía, y se le extendía á la otra pata; más aún, y llegaba al otro muslo y así sucesivamente hasta producir convulsiones generalizadas á todo el cuerpo del animal. Y si ya no es la excitación periférica sino la irritación central producida por un tumor ¿qué de raro tiene que esas convulsiones pasen los límites del centro en que está colocado, y que las convulsiones se generalicen?

En cuanto á la causa íntima del ataque, propiamente dicho ¿es la contracción espasmódica de los vasos que irrigan el bulbo cuya contracción produce una anemia de aquel centro? Es al contrario, una congestión cerebral, según lo piensa Blutnam? ¿Será como piensa Kussmaul, que el protagón de la celdilla nerviosa que está animado de movimientos periódicos y oscilatorios, cese repentinamente de verificar esos movimientos y venga entonces el acceso?

¿O qué admitiremos la existencia de un centro convulsivo al cual estén subordinados los espasmos, convulsiones tónicas, clónicas, etc., etc., como lo quieren autores no menos respetables?

Fácilmente se comprenderá que no se ha dicho la última palabra acerca de tan difícil explicación, por la variedad tan grande de hipótesis que con más ó menos viso de fundamento corren hoy por el mundo médico y de que son buen ejemplo las que acabamos de enumerar.

Así pues, nos contentamos con exponerlas.





SINTOMAS.

Para hacer un estudio metódico de los síntomas de la epilepsía Jacksoniana, los dividiremos en dos grandes grupos: 1º los del acceso, y 2º los de los intervalos.

Comenzaremos por estos últimos.

Los síntomas que presenta el enfermo en los intervalos de los accesos son muy variados y los podemos clasificar en psíquicos, sensitivos, motores y y tróficos.

Psíquicos. Una de las cosas que más llaman la atención al hacer el estudio de esta clase de enfermos es la apatía intelectual. En casi todos los que hemos tenido oportunidad de observar la memoria casi nula, al grado de olvidar algunos hasta su propio nombre, la atención excesivamente debilitada, lo mismo que la comprensión; otro tanto pudiéramos decir con respecto á las facultades afectivas. Este entorpecimiento intelectual se acentúa más después de los ataques. Generalmente son de carácter irascible. Algunas veces después del acceso les viene un sub-delirio tranquilo, aunque no es raro que les venga un verdadero acceso de manía aguda, como hemos observado un caso. No son raras las alucinaciones de la vista y del oído: en algunos la aparición de figuras extravagantes, mónstruos, fie-

ras etc., etc., les anuncia el ataque, y en otros un ruido confuso y mal definido, un zumbido vago, una voz que balbute frases incomprensibles en lengua extraña, un silbido. También hay alucinaciones del olfato, ya es el perfume de las flores, ya olores caústicos ó pestilentes. También se suelen observar ilusiones.

La afasia en sus distintas formas se presenta á veces. Hemos observado un caso de sordera verbal representativa, en una Jacksoniana. A veces hay la ceguera verbal, pero esto es mucho más raro; otro tanto pudiéramos decir de la agrafia.

El vértigo es uno de los síntomas más constantes. Unas veces es el primero que se presenta y otras acompaña á los demás, ó aparece después que se hayan presentado.

Se observa en condiciones muy diferentes: ya se necesita que el enfermo haga movimientos muy fuertes y rápidos para que se produzca, ó bien basta el solo hecho de incorporarse en la cama, ponerse en pié, ó girar la cabeza; hay que notar que algunas veces es este el único síntoma de la enfermedad, sobre todo, el que se llama vértigo apoplético, en que el enfermo cae sin conocimiento, levantándose casi inmediatamente.

Sensitivos.—La cefalalgía es un síntoma tan frecuente como molesto. Es aguda, lancinante, persistiendo semanas enteras sin remisión; la impresión de la luz, los movimientos de la cabeza, el ruido, la inclinación del cuerpo, el simple esfuerzo de expiración, la exacerban y es tan fuerte, que á excepción de la uremia y de la meningitis, nunca se presenta con tal intensidad. Otras veces no es dolor propiamente dicho, sino una sensación de plenitud ó de vacío; ya les parece que traen en el interior del cráneo un cuerpo extraño que se desaloja con los movimientos; ya que es un líquido viscoso que recorre

lentamente toda la cavidad. ya al contrario muy fluido desalojándose entónces con rapidez; algunos se quejan de que les va á estallar la cabeza; tal es la sensación que experimentan.

No siempre está en relación el sitio del dolor, con el de la lesión que lo produce; hay casos en que ocupa toda la cabeza; otras en sitio enteramente opuesto al que, según los otros síntomas tiene la lesión y no es raro que cambie de lugar. Sin embargo bien se comprende que haya casos en que coincida el lugar del tumor con el de la cefalalgía: así por ejemplo, un dolor tenazmente fijo en la región occipital, nos inclinaría á creer que el cerebelo fuera el sitio del padecimiento.

Por parte de la vista podemos señalar las moscas volantes, escotomas, congestiones, conjuntivitis muy tenaces, fusión purulenta del ojo, estrabismo, neuritis óptica, amaurósis lenta ó rápida en su producción, edema de la papila, hemorragia y atrofía de la misma. Ya se comprende cuál deba ser el sitio de la lesión para que estos trastornos produzca, pero lo que no dejarémos pasar desapercibido es que estos, son casi siempre bilaterales, no obstante que aquella generalmente sea unilateral. La explicación de esta paradoja es la siguiente: la decusación de los nervios ópticos no es completa en el quiasma, de manera que cada nervio tiene entre su origen y el punto de entrecruzamiento, filetes que van á dar á los dos ojos, de suerte que basta que la lesión interese al nervio en este trayecto, aun dejando intactos los tubérculos cuadrigéminos y aun el mismo quiasma, para que los síntomas oculares sean simétricos; ahora, si aquella está entre el quiasma y el ojo, entónces forzosamente que las perturbaciones tienen que ser unilaterales.

Los trastornos del oído consisten en debilitamiento, rara vez sordera completa; hay casos en que al

contrario, hay una hiperacusia muy pronunciada. Suelen venir dolores muy fuertes en el oído, ó bien zumbidos ú otras molestias que pueden traer consigo el vértigo de Menière.

El olfato y el gusto generalmente se conservan íntegros, pues son raros los casos que se señalan de anosmía y más raros aún los de desaparición del sentido del gusto. Otro tanto pudiéramos decir con respecto á su exageración. Suele haber alfalgesía de Pitres en el mismo lado. La sensibilidad general sufre algunas modificaciones: unas veces hay anestesía principalmente en el lado paralizado; otras al contrario, hay una verdadera hiperestesía de manera que el enfermo no soporta ni el contacto de la ropa; la sensibilidad al calor y la eléctrica sufren también trastornos muy variados.

Motores.—Las parálisis de los miembros son muy frecuentes pero muy rara vez completas, contrario á lo que pasa en las hemorragias, ombolias &. Muy á menudo ocupan los miembros de un sólo lado comenzando por un grupo muscular, para irse estableciendo así lentamente en todo el miembro y pasar al otro, del mismo lado; pero no es raro que ataquen á todos los miembros; en éste caso, una hemiplegia simple precede á la parálisis del otro lado. Esto se presenta ó bien cuando hay multiplicidad de tumores, por ejemplo, ó bien cuando habiendo uno solo está situado de tal manera (sobre los dos pedúnculos, sobre las regiones medias del mesocéfalo) que produzca la compresión de los haces quinesódicos de todos los miembros. Es excepcional el hecho de una lesión localizada de modo que produzca una paraplegia. Los esfínteres generalmente conservan su libre funcionamiento. Estas parálisis unas veces son persistentes y otras no, sino que ó desaparecen enteramente ó se atenúan de tal manera que quedan simples paresias. La razón

de esta diferencia estriba en la causa que las origina. Unas parálisis se producen por la compresión que directamente ejerce un neoplasma, y estas natural y necesariamente tienen que ser constantes, y hay otras, producidas por trastorno circulatorio, congestión, edema y aún flegmasia, variables como variable es la causa que las motiva.

La pérdida del equilibrio es otro síntoma que se presenta, haciéndose notar sobre todo cuando el enfermo se levanta rápidamente ó haciéndolo marchar, con los ojos cerrados.

La atetósis de Hammond se observa con bastante frecuencia, sobre todo en los casos en que es una paresia, más que parálisis, ó que si existe ésta no es constante, y se ha observado que son los dedos por los que principia la convulsión en el ataque, los que ejecutan más esos movimientos vermiformes que caracterizan éste síntoma.

Las contracturas de los músculos de los miembros se presentan aunque muy tardíamente, excepto en el caso de epilepsía Jacksoniana, de orígen atrófico, pues en este caso son precoces y la Anatomía Patológica ha señalado degeneraciones secundarias de origen cortical en el pedúnculo, la protuberancia, el bulto y el cordón medular antero lateral. En estos casos existe la reacción de degeneración

Las parálisis craneanas generalmente están del mismo lado de la lesión. En cuanto á la relación topográfica de estas y la de los miembros, es muy variable. Unas veces ocupan el mismo lado del cuerpo, otras son alternas ocupando lados contrarios, lo que sucede, cuando el tumor obra sobre la porción periférica (células originales y cordón intracraneano) del nervio y no sobre su porción cerebral. En este caso y tomando como punto de partida los hemisferios cerebrales, el ojo está atasado después

de su decusación, los haces motores de los miembros antes de su decusación, y por consiguiente, la parálisis debe residir por necesidad en dos puntos diferentes; del lado del tumor, para los nervios craneanos y del opuesto para los miembros. Si este es el caso que más frecuentemente se observa, es porque los tumores generalmente están situados en la base ó regiones próximas estando de ésta manera en las mejores condiciones de ejercer una doble acción directa sobre los nervios craneanos y cruzada sobre los de los miembros; por ejemplo, tumor que comprima el pedúnculo cerebral derecho, al nivel de la emergencia del motor ocular común: como este nervio no experimenta más decusación, y como los haces nerviosos de los miembros se entrecruzan antes de llegar á los pedúnculos, los contenidos en el derecho irán al lado izquierdo, de suerte que tendremos la parálisis alterna de Gubler que es un buen síntoma para el diagnóstico de los tumores de la base.

Ahora supongamos un tumor situado en el hemisferio derecho, por encima de los cuerpos estriados y de los tálamos ópticos; la parálisis del ojo residirá á la izquierda como la de los miembros: porque los nevios del tercer par están ya decusados á este nivel, de tal manera, que la porción hemisférica del nervio del ojo izquierdo ocupa el lado derecho; de suerte que podemos reasumir diciendo que las compresiones de los nervios craneanos dan lugar á parálisis directas, si es en la porción periférica, y cruzadas si es en la porción central. Los reflejos generalmente se conservan ó están exajerados. En la mayor parte de las enfermas que hemos estudiado, los hemos encontrado exajerados principalmente en el lado parético. En una de las enfermas cuya observación va al final de este insignificante trabajo, al buscarle el reflejo rotuliano, provocamos convulsio-

nes clónicas que le empezaron por el pié, propagándosele á la pierna y luego al muslo hasta donde quedaron limitadas y en otra al estarle percutiendo los tendones de la cara anterior del puño, observamos que le vino un verdadero ataque de convulsiones generalizadas con pérdida de conocimiento, siendo mucho más enérgicas las del lado que percutimos, que era el que estaba más entorpecido en sus movimientos, y atrofiado.

Tróficos.—Las perturbaciones vasomotrices son muy frecuentes; algunas veces sienten los enfermos un frío glacial en los miembros entorpecidos ó paralisados y á la simple vista se notan muy pálidos; otras por el contrario están excesivamente rojos y el enfermo experimenta una sensación de calor ardiente; pero no es esto todo, sino que hay una verdadera atrofia de los miembros del lado enfermo; en las medidas que hemos practicado hemos encontrado una diferencia de volúmen de algunos centímetros entre los miembros correspondientes. La secreción sudoral unas veces disminuída y otras aumentada; igual cosa podemos decir con respecto á la sebácea; hay casos en que cae con mucha facilidad el bello de la piel. Las uñas á veces se adelgazan notablemente, en el lado enfermo. Ya se comprende que á consecuencia de la parálisis de algunos músculos, predomina la acción de los contrarios; de aquí la diferencia de actitud que toma la mano por ejemplo, pero en ésta generalmente persiste la acción de los flexores; de aquí que cuando son constantes estas parálisis, la articulación del puño experimenta una sub-luxación hácia la cara dorsal, hecho que hemos podido comprobar en algunos de los casos que estudiamos. Otro tanto diremos del miembro inferior, de donde resulta que el pié toma una actitud muy distinta, según los músculos afectados (pied-bot, varus, valgus, etc.). Por este hecho y por las pa-

resias la claudicación es tan frecuente en estos enfermos.

El estado general es por lo común satisfactorio, excepto cuando el vómito es tenaz y periódico, porque entonces se compromete la nutrición. Hay casos en que viene una gordura notable hasta la polisarcia. Con respecto al vómito, tenemos que añadir, que tiene todos los caracteres del vómito de origen cerebral; no hay náuseas ni perturbaciones gástricas; es sin esfuerzo alguno y falta la hipersecresión salivar que le precede generalmente cuando es de otro orígen. La posición de la cabeza influye mucho sobre la aparición de este síntoma, de tal manera que basta muchas veces que el enfermo se coloque en el decúbito supino, para que cese, reapareciendo cuando deja pronto esta actitud.—Hay también descamaciones y gangrenas superficiales así como gangrena inminente vasomotriz, asfixia local de las extremidades de Reynaud.

Pasemos ahora á estudiar los síntomas del acceso, propiamente dicho.

1º Aura.—Puede ser sensitiva, motriz y vaso-motriz. Muy frecuentemente el médico oye de los lábios del enfermo la descripción detallada y exacta de las sensaciones que experimenta antes del ataque, porque hasta estos momentos su inteligencia se conserva perfectamente. Del primer grupo, las de caracter anestésico y analgésico, son las que con más frecuencia se observan; es rara la hiperestesia; entre las vaso-motrices las sensaciones de frío ó de calor intensas, con acentuación del color de la piel ó palidez de la misma; el enfermo compara esto á la impresión que le causara si su mano fuese rápidamente sumerjida en un baño helado ó hirviendo. Hay casos en que una abundante sudoración acompaña á estas sensaciones.

En cuanto á las motrices, ya es un temblor locali-

zado en uno ó dos dedos; ya es la atetósis de Hammond, los dedos se doblan y se extienden alternativamente sin orden ninguno, exajerándose estos movimientos, si el enfermo se obstina en dominárselos ó si fija mucho la atención en ellos; se les ha comparado á los movimientos que ejecuta un pulpo con sus palpas, ya es un solo dedo que se dobla y se extiende con movimientos rítmicos; ya se aplican los dedos de la mano unos contra otros, de tal manera, que á primera vista parecen sindáctilos; ya es el antebrazo que se dobla enérgicamente sobre el brazo, dirigiendo su cara interna hácia afuera; ya como en una enferma cuya observación va al fin de este trabajo se levanta todo el miembro como amenazante, ó ya en fin los ojos entran en nistagmus fijándose hácia arriba, y del lado paralítico aunque sin estrabismo. Estas auras tienen un carácter común, ser constantes, siempre se presentan con las mismas particularidades y el enfermo puede anunciar con matemática precisión, el momento de su ataque. Su sitio y extensión están subordinados á los de la causa irritante.

2º *Ataque.*—Según Rolland, en la mayor parte de los casos se encuentra una contractura inicial, seguida muy pronto de convulsiones clónicas más ó menos violentas, que quedan localizadas algunas veces al miembro en que principian, pero siendo mucho más común que se propaguen, siguiendo un ciclo perfecto. A este propósito recordaremos las leyes de Jackson, á propósito de la marcha que siguen las convulsiones para recorrer su ciclo, leyes aceptadas por Charcot y sostenidas por él, en las discusiones que este asunto provocó en la Academia de Medicina de Paris.

1ª Cuando las convulsiones empiezan por el miembro superior invaden en seguida la cara y después el inferior.

2ª Si comienzan por la cara siguen el miembro superior y luego el inferior.

3ª Si principian por el miembro inferior ganan el superior y se extienden por fin.

El bello ideal de los neuropatologistas sería agrupar los distintos casos de Epilepsía Jacksoniana según el punto en donde estuviera el tumor, decir por ejemplo tipo 3ª circunvolución frontal, tipo paracentral, tipo paralela parietal &. Más como nuestros conocimientos sobre localizaeiones cerebrales están en su cuna, por decirlo así, no nos es posible hablar con tanta precisión y mientras que el día en que se descubra el velo de rama tan importante de la Fisiología llegue, nos contentaremos con los tipos clínicos ya que no podemos tener los anatómicos.

Tres son los tipos más comunes.

El facial ó de Demongeot de Confevron. Está caracterizado por accidentes convulsivos en la comisura de los labios, orbicular de los párpados, músculos de la lengua, del glóbulo ocular y del cuello. El enfermo siente que su comisura labial se le desvía hácia afuera y abajo, que la lengua se le pone torpe, entra en contracción el esterno-cleido-mastoideo, le viene nistagmus, los ojos se fijan hácia arriba y al lado, la cabeza gira y no es raro que vengan sacudidas del brazo. El conocimiento se pierde sólo en los casos de gran intensidad.

El braquial ó de Brownel. Hay una aura que empieza por un dedo, extendiéndose al antebrazo y brazo, siguen las convulsiones recorriendo el mismo trayecto, llegando hasta el hombro. A veces participa la cara y el cuello. No es común la pérdida del conocimiento.

El tifo crural ó de Jackson es muy raro. El enfermo conserva su conciencia expedita y puede darse perfecta cuenta de sus sensaciones. El aura comienza por el pié, que toma la forma de un arco, vienen después las convulsiones empezando por aquél propagándose después á todo el miembro, ó que-

dando circunscritos á uno de sus segmentos, habiendo casos en que se extiendan al miembro superior (Bravais, Charcot).

Según la clasificación de Jackson, también son 3 grupos; monospasmos, hemispasmos y polispasmos, según que las convulsiones queden localizadas, ó se propaguen más ó menos.

Cuando la naturaleza de la lesión cerebral, permita que por la pesantez, se desaloje gradualmente en la zona Rolándica, y admitido que los centros psico-motores están allí escalonados en un orden inverso al de los miembros, es decir, que los miembros inferiores tienen su centro psico-motor arriba y los superiores en la parte inferior, entonces el aura y las convulsiones se manifiestan principalmente en el miembro superior, que corresponde á la parte más declive de la zona de Ecker. Las convulsiones generalmente siguen como lo habíamos ya apuntado una marcha cíclica; Delagemiére hizo notar este carácter, de manera que si la lesión está localizada á un centro dado sólo entrarán en convulsión los músculos correspondientes á ese centro, con la salvedad de que los trastornos circulatorios á que suele dar lugar, se manifiesten por síntomas que pudieran confundirse con los del tumor propiamente dicho. Las convulsiones son muy variables en intensidad, algunas veces son tan fuertes, que aunque sean muy circunscritas el cuerpo entero se sacude; otras al contrario son extraordinariamente débiles de manera que cuando están localizadas á un dedo por ejemplo, son casi imperceptibles para el médico.

Cuando empezando por uno de los miembros se van propagando poco á poco, hasta generalizarse, predominan en intensidad en el miembro por donde comenzaron.

Los movimientos convulsivos durante el ataque son casi contínuos, y puede llegar por la sucesión

de accesos, á constituirse el estado de mal epiléptico con todas sus complicaciones. La duración del ataque es tanto menor, cuanto más intensas y generalizadas son las convulsiones; ya habíamos dicho que no es constante la pérdida del conocimiento durante el acceso. Rolland dice, que este síntoma se presenta solamente en los accesos de gran intensidad y Jackson atribuye una importancia capital bajo este punto de vista, á las convulsiones de la cabeza, y á los movimientos del nistagmus.

Fournier, en numerosas observaciones que ha hecho de epilepsía parcial por gomas y otras manifestaciones sifilíticas, ha visto que los accesos son tanto más dolorosos cuanto más íntegra se conserva la inteligencia, hecho que se explica fácilmente.

Durante las convulsiones, la temperatura se conserva en la normal, el pulso se acelera lo mismo que la respiración y suele haber evacuación involuntaria de orina y de materias fecales, sobre todo en caso de pérdida del conocimiento. Después del acceso si ha habido trastornos intelectuales, poco á poco se van disipando, así como las modificaciones del pulso y respiración que acabamos de señalar; suelen quedar parálisis pasageras por agotamiento después de la prolongada excitación que dió lugar al acceso; en algunos enfermos se acentúa más la indiferencia, la apatía intelectual, la debilidad de atención y de memoria después de cada acceso; en otros viene una verdadera manía impulsiva ó bien un delirio tranquilo. Una de las enfermas que estudiamos se paraba violentamente después de cada acceso, corriendo con una velocidad extraordinaria hasta que se agotaban sus fuerzas; otra se golpeaba con furia sus carrillos.

Como se comprende fácilmente no todas las enfermas caen al suelo, sino que al contrario, dándoles tiempo suficiente el principio de sus convulsiones ge-

neralmente tienen tiempo de acomodarse y varios de las que hemos observado, se sientan para pasar su acceso en esta actitud. La duración media del acceso es de tres minutos.



Anatomía Patológica.

Además de la lesión, causa de la Epilepsía Jacksoniana, se pueden encontrar en el cerebro y en la médula espinal alteraciones muy variadas debidas á la influencia que aquella ha ejercido directamente sobre la nutrición del centro céfalo-raquidiano.

François Franck y Schroder van der Kolk, que se han dedicado tanto á este estudio dicen que la esclerósis cerebral es la lesión que con más frecuencia se observa al derredor del tumor, foco sanguineo etc., que produce la Epilepsía. Esta esclerósis se produce muy lentamente, por la congestión crónica que origina la compresión y según los autores mencionados hay momentos en que este trabajo neoplásico se acelera, pudiendo ser esta una explicación de la intermitencia y periodicidad de los accesos. La degeneración grasosa de los elementos nerviosos es casi constante en los padecimientos antiguos de este género.

No queremos pasar adelante, sin hacer mención de las lesiones que hemos encontrado en una de las enfermas que estudiamos, por medio del examen oftalmoscópico. La papila del lado paralizado, enor-

mente crecida; de contornos difusos, las arterias reducidas á su mínima expresión, las venas muy dilatadas, destacándose en el color normal de la papila, circundada esta de una aureola morena.

Al hacer el estudio de los síntomas, cuidamos de referir las modificaciones articulares, dérmicas etc., que más frecuentemente se presentan en esta clase de enfermos, así es que reasumiremos las lesiones que se han observado principalmente en los centros nerviosos, en la lista siguiente, prescindiendo como es natural de aquellas que sean propias de la causa de la Epilepsía Jacksoniana.

Congestión al derredor del neoplasma.

Anemia „ „ „ „

Flegmasía aguda „ „ „

Esclerosis al „ „ „

Aumento de la serosidad sub-araemoidea ó derrame seroso intraventricular.

Reblandecimiento general de la sustancia cerebral

Adelgazamiento ó engrosamiento de los huesos del cráneo correspondientes al sitio de la lesión.

Hemorragias en el mismo sitio ó en su proximidad.

Vascularización anormal de la médula alargada.

Degeneraciones variadas de los elementos nerviosos.

Edema, inflamación ó degeneración de la papila.

No todos los observadores están de acuerdo en admitir que los tumores situados en zonas distintas de la Rolándica sean causa de Epilepsía Jacksoniana, como lo creen Franck, Jackson, Charcot y tantos otros, pero como quiera que la principal objeción que oponen, que es la de que para que los centros psico-motores reaccionen es necesaria la irritación directa, no tiene fundamento, pues ya dijimos al tratar de la patogenia que hay casos en que esa irritación es indirecta ó á distancia y que las per-

turbaciones circulatorias son fuente de irritación también, nos adherimos enteramente á la opinión de la Escuela de la Salpetrière. Las lesiones que en estos casos se observan, entran en el grupo que acabamos de presentar.





DIAGNOSTICO.

Al tratar este punto, natural era que nos ocupáramos de la cuestión que se discute hace tanto tiempo de si la epilepsía Jacksoniana no es más que una variedad de la epilepsía propiamente dicha, ó si al contrario la deberemos considerar como una entidad morbosa enteramente distinta. Silvestrini de Sassari que es uno de los modernos que más se han dedicado y distinguido en el estudio de la Epilepsía Jacksoniana, admite que son una misma entidad morbosa y la divide en general y parcial, no admitiendo la clasificación de esencial y sintomática y á este propósito se expresa así: «Si no todos los enfermos reaccionan de la misma manera, contra una lesión de producir capáz unaforma nosológica ¿debemos admitir una diversidad de formas entre los accesos convulsivos, difusos ó limitados?» La verdad esque creemos en los tiempos actuales esta discusión enteramente estéril y sin utilidad práctica de ningún género; así pues y sin ser partidarios de una ú otra idea, procuraremos indicar la diferencia que hay entre la epilepsía Jacksoniana, la Esencial y la Histeria.

Las dos primeras se diferencian por los caractéres siguientes: la Jacksoniana empieza por ser parcial,

bien para generalizarse después, ó bien para quedar perfectamente limitada. En el primer caso, cuando las convulsiones se generalizan, son mucho más intensas en los miembros por donde empezaron. En la esencial el conocimiento se pierde, es el síntoma inicial; en la Jacksoniana, ya vimos en qué casos se perdía y en cuales nó, y por eso no lo repetimos aquí. En la Jacksoniana generalmente no hay grito inicial. El estupor y coma post-epilépsicos que son de regla en el gran mal, sólo vienen en la Jacksoniana en los casos de repetición de los accesos con pérdida de conocimiento, es decir, cuando viene el estado de mal epilépsico; no hay elevación de temperatura. Los vicios intelectuales y morales (depravación, masturbación, perversidad, hipocresía, mentira, maldad, etc.,) que son tan frecuentes en la esencial, son verdaderamente exepcionales en la Jacksoniana, pues ya vimos cuales son los trastornos psíquicos que en esta se observan. El aura comunmente motriz, reproduciéndose con caracteres siempre los mismos; las convulsiones con cualquiera de los principales tipos clínicos que les estudiamos; facial, braquial crural, y que ó quedan localizadas ó se generalizan, pero predominando siempre en intensidad del lado del aura; la marcha cíclica del acceso; las parálisis persistentes, lentas y graduales en su aparición, aunque siguiendo las más veces un trayecto que se puede anunciar, fundándose en las localizaciones cerebrales; los fenómenos vasomotores, calorificación, sudación, asfixia local de Reynaud etc. los antecedentes hereditarios del enfermo; la edad en que aparecen los primeros síntomas, sus costumbres anteriores, su profesión (saturnismo hydrargirismo etc.) la existencia concomitante ó anterior de padecimientos (nefritis, enfermedades del aparato génito urinario, por la uremia, sífilis, cáncer, gusanos intestinales) son datos suficientes para po-

der hacer el diagnóstico entre la enfermedad que estudiamos y la Epilepsía esencial.

Con la Histeria también se puede confundir, pues bien sabidas son las rarezas de este Proteo, que puede presentarse con muchos de los síntomas que le hemos estudiado á la Epilepsía Jacksoniana. Se distinguen, por los antecedentes, por el carácter del enfermo, el sexo, pues aunque hay Histeria en el hombre, es bastante rara; el ataque nunca tiene el ciclo de la Jacksoniana; las anestesias ó bien están en regiones muy limitadas, en placas ó bien afectan una distribución más ó menos regular, y aun pueden venir perturbaciones de algunos sentidos especiales. Se distinguen porque generalmente son pasageras; desaparecen bajo la influencia de la electricidad farádica, de los imanes ó de algunos metales como el oro, la plata el platino. El mismo efecto se puede obtener también sobre las parálisis musculares. Estos son los principales medios de que nos podemos valer, para evitar la confusión; pero por sabido se calla que hay otros no menos importantes, sensación de bola, centros histerógenos, ataques de histeria y tantos más que son de grande utilidad.

Más no nos debemos contentar con hacer el diagnóstico de la enfermedad, sino que también debemos conocer su naturaleza, y sobre todo su sitio, que tanta importancia tiene para el tratamiento.

Con respecto al sitio, lo que dijimos ya al tratar de las localizaciones cerebrales, nos resuelve este problema. Sólo debemos añadir, que algunos autores han pretendido conocer por algunos síntomas si el tumor es epicortical, cortical ó sub-cortical. Así dicen, que cuando es epicortical ó cortical hay espasmos clónicos localizados; ataques epileptiformes que principian por convulsiones localizadas y seguidas de parálisis, dolor local y sensibilidad á

la presión y temperatura más elevada del lado parético: la sub-cortical está caracterizada por parálisis local ó bién de la mitad del cuerpo, viniendo después, las convulsiones, predominio de las tónicas, poca cefalalgia, no hay sensibilidad á la presión: la temperatura local es normal. Fácilmente se comprenderá, por el estudio que hemos hecho que estos datos son enteramente teóricos.

Jackson dice al estudiar ésta cuestión: Del mismo modo que en una lesión destructiva [hemorragia, embolia] se trata de precisar, por los síntomas que se presentan el sitio de la lesión, se debería también tratar de localizar en las lesiones convulsivas, por la extensión, intensidad y otros caracteres de las convulsiones, el sitio de aquellas así por ejemplo, establezcamos una comparación entre los síntomas que se observan por lesión destructiva del cuerpo estriado y por lesión convulsiva; para facilidad de lenguaje las dividiremos en leves é intensas. En la forma leve de la parálisis del cuerpo estriado izquierdo observamos; boca desviada hácia la izquierda, parálisis del brazo derecho, parálisis de la pierna derecha. Con una lesión convulsiva leve tendríamos, boca desviada á la derecha, convulsiones del brazo derecho y de la pierna, del mismo lado. Con la forma intensa de la primera tenemos; cabeza volteada á la izquierda, desviación de los ojos á la izquierda, cara desviada á la izquierda, músculos del tronco, más débiles del lado derecho. Con la lesión epileptógena, se presenta la cabeza bolteada á la derecha, desviación de los dos ojos á la derecha, cara desviada á la derecha, músculos del tronco contraídos espasmódicamente del lado derecho, convulsiones del brazo y de la pierna derecha y suponiendo ésta lesión en el mayor grado, las convulsiones se generalizarían. Pero es necesario tener muy en cuenta, que los síntomas que se obser-

van unos son producidos directamente por la irritación del tumor y otros indirectamente por irritación á distancia ó bien por las perturbaciones circulatorias á que dá lugar la compresión del neoplasma.

La naturaleza de la causa que produce la irritación, se conoce por los antecedentes hereditarios y morbosos del enfermo; por la concomitancia de otros padecimientos; por la edad en que aparecen. Así, por ejemplo, en un enfermo que presente la Epilepsía Jacksoniana, veremos si ha tenido traumatismos anteriores y cuál ha sido su naturaleza; si hay antecedentes hereditarios de tuberculosis, de cáncer, &c.; si ha tenido accidentes sifilíticos y cuál ha sido el tratamiento, ó si no se han sometido á ninguno; buscaremos alguna lesión cardiaca ó vascular; investigaremos muy minuciosamente acerca de las flegmasías anteriores, del encéfalo ó de sus cubiertas; si en su domicilio abundan y viven con cierta intimidad algunos animales domésticos, perros, cerdos ú otros por el estilo; si ha tenido ó tiene ténia, su oficio, [carnicero, kistes hidáticos cerebrales] ú otro que lo ponga en contacto muy frecuente con determinados animales; si ha tenido algún ataque anterior (hemorragia, embolia, &c.;) en una palabra, se procurará averiguar dado lo que dijimos al hablar de la Etiología, todo aquello que á este respecto sea útil para el diagnóstico más ó menos aproximado de la naturaleza de la lesión.

Pronóstico.—Está íntimamente ligado á la naturaleza de la causa que produce la Epilepsía, así como al sitio de la lesión. Bien se comprende que no daremos el mismo pronóstico de la producida por un cáncer cerebral, que la que ocasiona la sífilis ó un traumatismo. Mas no se vaya á creer que por el hecho de que una lesión sea de naturaleza sifilítica, su pronóstico sea benigno. «Si el tumor es antiguo, dice Jaccoud, en sus juiciosas observaciones á este

respecto, ha provocado á su alderredor lesiones irreparables y la terminación es casi siempre fatal. He visto dos hechos de este género y me han enseñado lo que se debe creer del optimismo de los autores, por lo que toca á las lesiones sifilíticas viscerales.»

En cuanto á los accesos, cuando viene el estado de mal epiléptico, en que le dan al enfermo ataques incontables, que cae á veces en un estado semi-comatoso, respiración estertorosa, pulso pequeño, depresible é irregular, pupilas relajadas sin responder á la acción de la luz, sudores fríos que bañan todo el cuerpo, &., este estado es sumamente grave.



TRATAMIENTO.

Cuando no se conocía la naturaleza de las lesiones, causa de la Epilepsía Jacksoniana, se hacía uso para su tratamiento, de los medios más variados, racionales unos, extravagantes otros, empíricos los más. Procuraremos exponer rápidamente los que más en boga han estado. Partiendo de una teoría falsa, antiguamente hacían abortar el acceso, por medio de la ligadura enérgica del miembro por donde empezaban las convulsiones. De esta manera, evitaban algunas veces que éstas se generalizaran, pero una vez conseguido este objeto, le quedaba al enfermo tal depresión, tal malestar y tantos vértigos, que muy pronto se oponía abiertamente á tal medio, prefiriendo las convulsiones francas. Más tarde, Bravais recomendó con entusiasmo la vesicación contínua, de manera que se aplicaban al enfermo y uno tras de otro, innumerables vejigatorios en todo el miembro que era el sitio de las primeras convulsiones. Este método fué muy detenidamente estudiado por Bentley y Todd, y últimamente en 1861, por Brown-Séquard. Todos han convenido en que es incierto en sus resultados y muy molesta su aplicación. Después estuvieron de moda las fuentes con cuentas de oro en el miembro enfermo,

con idénticos resultados. Igual cosa pudiéramos decir de los sedales, moxas y cauterios que vinieron más tarde. También se recomendaban otras muchas sustancias al interior, como la belladona, el beleño, el óxido de zinc, el sulfato de cobre, el nitrato de plata, el cloruro de oro, el opio, el alcanfor y los bromuros. La hidroterapia, la electricidad, los imanes, etc., etc. Pero en el estado actual de la ciencia, pudiéramos sentar este principio general: «El tratamiento verdaderamente eficaz de la Epilepsía Jacksoniana, es la intervención quirúrgica.» Con respecto á los accidentes sifilíticos, gomas cerebrales y otros, el tratamiento mixto está indicado y no solamente sino que cuando no se ha podido averiguar la naturaleza de la lesión, se debe hacer uso de éste, como piedra de toque. En el Congreso de Berlín de 1890, se expresó Horsley á este respecto de la siguiente manera: «Muchos clínicos admiten que el tratamiento mercurial y yodurado, resuelve siempre las gomas cerebrales y la paquimeningitis sifilítica. Ya Gowers, reconociendo que se obtienen con este tratamiento notable mejoría, ha protestado enérgicamente contra la opinión que acepta una regresión total. En cuanto á mí, estoy cierto, que la paquimeningitis, cuya tendencia á reproducirse es tan grande aún después de la ablación, es únicamente mejorada y nunca curada por el tratamiento específico, y en cuanto á las gomas cerebrales debo decir, fundándome en la observación de varias autopsías, que muy poco debe esperarse de ese tratamiento y que el único recurso para curarlas, es la ablación por medio de la trepanación.. Tengo éxitos» El mismo cirujano protesta contra la prolongación del tiempo en que se hace el tratamiento mixto, como ensayo. «Opino que es muy sensible que no se marque un límite preciso á este ensayo, pues esta práctica nos obliga á operar algunas veces de-

masiado tarde. Según mi criterio el límite son 6 semanas; si en este período no hay mejoría notable, no se debe vacilar y se debe practicar la trepanación exploradora.» Como se vé, no se debe admitir en todos casos esta opinión absoluta en demasía de Horsley, y queda al buen tacto del clínico y de la apreciación cuidadosa de los síntomas que presente el enfermo, seguir tal ó cual conducta.

Diremos pues, que los adelantos de la Cirujía, debidos en gran parte á los trabajos interesantísimos de Demons, de Horsley, de Pitres, de Ferrier, de Championière y de tantos otros, ayudados poderosamente en la ejecución por la práctica de la antisepsia, que hacen que la trepanación sea una operación cuya mortalidad es relativamente muy reducida, han contribuido á aliviar á estos desgraciados enfermos, condenados á llevar una vida miserable, que paulatinamente se extinguiría en medio de los atroces sufrimientos de los ataques epilépticos.





OBSERVACIONES.

1ª

P. S. de veintiocho años de edad, soltera, natural de México. Su padre, de costumbres alcohólicas, su madre, de temperamento esencialmente nervioso. A los tres años de edad se le paralizó el lado izquierdo del cuerpo, aunque no recuerda si fué brusco ó lento el modo de aparición de esta parálisis. Tampoco puede precisar su duración, pues esto lo sabe únicamente por relación de su misma familia, aunque sí asegura que le desapareció enteramente. A los diez años poco más ó menos comenzó á padecer vértigos no pudiendo fijar sus caracteres; estos le duraron hasta la edad de diez y nueve años en que le dió el primer ataque convulsivo. Asegura que poco tiempo antes de este primer acceso, comenzaron sus dedos á doblarse, aplicándose fuertemente sobre la palma de la mano; que su constante preocupación era extenderlos, y que la vez que se obstinó en mantenerlos extendidos durante un largo rato, le empezó un temblor débil al principio, que aumentó repentinamente de intensidad propagándosele á todo el miembro superior izquierdo y que al llegar á la cabeza perdió el conocimiento, sabiendo por lo que su familia le refirió después, que había tenido convulsiones generalizadas. No obtuvimos

por el interrogatorio datos de importancia con respecto á los antecedentes morbosos.

Tiene de seis á ocho accesos diurnos por término medio, cada mes. Las emociones morales y la menstruación ejercen una influencia marcada sobre la producción del ataque.

El aura es vaso-motriz; momentos antes del principio del acceso experimenta una sensación de calor en el dedo medio de la mano izquierda, coincidiendo con alucinaciones de la vista (aparición de grandes monstruos negros), aunque este fenómeno no es constante.

Inmediatamente después empieza el temblor y sigue la marcha que indicamos antes. Casi siempre pierde el conocimiento, así como el tonus de los esfínteres; sin embargo, tiene el tiempo necesario para elegir el lugar en que pasa el acceso; acomodándose lo mejor que puede. Estas convulsiones que se le generalizan son mucho más intensas del lado izquierdo; le duran poco más ó menos dos minutos siendo tónicas primero y después clónicas. Durante el ataque la respiración se acelera, lo mismo que el pulso, quedando después de él, un embotamiento de la inteligencia. Dos veces ha tenido el estado de mal epiléptico.

El cráneo es dolicocéfalo; su diámetro antero posterior 16. 8; el bi-parietal 12. 5; la gran circunferencia 50; semi-circunferencia derecha é izquierda 25; no parece haber asimetría notable. La cara es larga, los arcos surciliares muy pronunciados; no se nota estrabismo de ningún género; las pupilas dilatadas y sensiblemente iguales; muy mala dentadura, los dientes cariados y algunos implantados viciosamente; en la bóveda palatina no encontramos nada anormal, la comisura labial derecha más elevada que la izquierda, el cuello normal, el hombro izquierdo más enflaquecido que el del lado opues-

to el brazo aplicado aunque no enérgicamente al tórax, el antebrazo en ángulo recto con el brazo, el biceps se marca perfectamente y es duro á la presión, los dedos fuertemente doblados, y la articulación del puño en enérgica flexión, marcándose muy bien por la cara dorsal los huesos del carpo, la temperatura igual á la del lado opuesto, los reflejos exaltados; los latidos de las arterias radiales sensiblemente iguales. La sensibilidad idéntica. He aquí el resultado de las medidas comparativas que practicamos.

	Derecho.	Izquierdo.
Circunferencia del brazo al nivel de la axila.....	20	18
" " " á 10 centímetros arriba del olécrano..	18	16
Circunferencia del antebrazo á 10 centímetros abajo del olécrano..............................	15	14
Circunferencia del puño................................	11	10
" " metacarpo........................	15	12
Distancia acromio--olecraneana....................	29	28
» del olécrano al apófisis estiloide.........	20	19
» del apófisis estiloide á la extremidad del dedo medio....................................	14	12

Los miembros inferiores también presentan grandes diferencias; el pié izquierdo se apoya sobre el borde externo, teniendo exajerado el abovedamiento normal, es mucho más delgado que el derecho; la sensibilidad y la temperatura no presentan diferencias; el reflejo rotuliano y el del pié están exajerados en el pié izquierdo. He aquí las medidas que practicamos.

	Derecho.	Izquierdo.
Circunferencia del muslo al nivel de la íngle...	40	35
„ 10 centímetros arriba de la rótula	32	27
„ de la pierna 10 centímetros abajo de la rótula..	23	20
Circunferencia de la pierna al nivel de los maleolos...	16	14
Distancia de la espina iliaca antero--superior, á la extremidad superior de la tibia...........	42	40

Distancia de la extremidad superior de la tibia al maleolo externo..............................	20	18
Distancia del maleolo externo al dedo medio del pié..	10	8

Las funciones digestivas se verifican con toda regularidad.

Los aparatos circulatorio y respiratorio funcionan con entera regularidad.

La menstruación se le estableció á los catorce años; le dura generalmente de cuatro á cinco días, en algunas temporadas después de la menstruación le queda un escurrimiento moco--purulento que le desaparece á la llegada de la siguiente ovulación. Esta no es regular si no al contrario, unas veces no dura el período inter-menstrual ni quince días y otras se pasan 45 y aun 60 días sin que menstrúe.

Los sentidos especiales normales.

Ha notado que su memoria se debilita de día en día, así como su atención, acentuándose este debilitamiento sobre todo después de que le han dado los ataques con más frecuencia que de costumbre.

OBSERVACION 2ª

P. M. soltera, de 35 años de edad, de Zimapán (E. de Hidalgo,) entró al hospital del Divino Salvador el 25 de Marzo de 1889. Como quiera que sus facultades intelectuales están extremamente debilitadas, (sobre todo la memoria, al grado de olvidar hasta su propio nombre), y no habiéndonos sido posible acercarnos á la familia de la enferma para recoger datos acerca de los antecedentes hereditarios y morbosos, solamente presentamos en esta observación los que hemos recogido, desde el ingreso de la enferma al hospital,

Haciendo el cómputo de los ataques que ha teni-

do desde su llegada, sacamos un promedio de 15 nocturnos y 8 diurnos al mes. Son en los meses de Diciembre, Enero y Febrero, cuando le han dado con más frecuencia é intensidad; la menstruación parece haber influído muy poco sobre ellos; no así el estado ozonométrico del aire, pues que permaneciendo sensiblemente iguales las demás condiciones atmosféricas, es en los días en que es mayor la cifra que marca aquel estado cuando le vienen los accesos. Hasta ahora no ha caído en el estado de mal epiléptico. No puede explicar en qué consiste el aura. Hemos tenido ocasión de presenciar algunos ataques; generalmente se sienta antes de ellos; los ojos giran hácia arriba y á la izquierda, dilatándosele ambas pupilas enormemente; no hay grito inicial ni pérdida del conocimiento. Las convulsiones le principian por todo el miembro superior derecho, propagándosele algunas ocasiones á todo el medio lado correspondiente ó bien quedando limitadas á aquel.

El pulso y la respiración se aceleran muy poco.

Todo esto dura menos de 3 minutos, quedándole después solamente trismus pasagero [2 minutos poco más ó menos].

La mano derecha en contractura; el volumen mucho menor que el de la izquierda; la temperatura inferior á la de la opuesta; la sensibilidad entorpecida. Buscando los reflejos, que están exaltados en el miembro superior derecho, producíamos sacudimientos tanto más marcados cuando más enérgica era la percusión. Las medidas que practicamos nos demostraron la diferencia tan grande en el volumen, que es mucho mayor en el izquierdo. En el miembro inferior derecho también encontramos algunas modificaciones en cuanto á la temperatura, sensibilidad y volumen, análogas á las que señalamos en el superior. Acusa además una cefalalgía tenaz y muy intensa, en la región fronto parietal izquierda, que

se le exacerba con los movimientos y con la impresión de una luz fuerte.

Hicimos una exploración minuciosa de los aparatos digestivo, respiratorio y circulatorio, y no encontramos nada anormal. El cráneo perfectamente conformado.

OBSERVACION 3ª

V. F. de 25 años de edad, casada, de Toluca, entró al hospital del Divino Salvador el 3 de Enero de 1890. No hay, con relación á sus antecedentes hereditarios ningún dato importante.

Dice que como á la edad de 5 años le dió un ataque, cuyos caracteres no recuerda, pero que su familia le ha referido que el médico que la asistió dijo que había sido de meningitis. Hace cerca de 8 años le dió tifo. Estas son según ella las únicas enfermedades que sufrió antes de la actual. A mediados del año de 1888, empezó á padecer de una cefalalgía que le produjo 8 días continuados de insomnio: este dolor no era fijo, pues ya le aparecía en la frente, ya en la región parietal, ya en la occipital, comparándolo al que le produjera una quemadura en estas distintas partes. Al cabo de este tiempo comenzó á notar que los dedos de la mano izquierda se le movían sin su voluntad, doblándose y extendiéndose alternativamente (atetósis de Hammond.) En este estado permaneció más de 10 días, hasta que una noche despertó con convulsiones del miembro superior izquierdo que se le generalizaron rápidamente, habiendo perdido el conocimiento. No le repitió este acceso, sino á los 5 meses, después de una cólera, y desde entónces le dan con más ó menos regularidad dos ó tres al mes, coincidiendo casi siempre, con las épocas menstruales. El aura es motriz, atetósis de la mano izquierda, y las convulsiones

tónicas y clónicas que le empiezan por ésta y se le generalizan siempre, acompañadas de evacuación involuntaria de orina y de materias fecales así como de pérdida del conocimiento. Después del acceso siente una necesidad invencible de correr y así lo hace, hasta que cae agobiada de cansancio. Ha notado que su memoria va disminuyendo gradualmente, así como su inteligencia. Nunca ha estado embarazada y su menstruación se verifica con regularidad.

Los dedos de la mano izquierda están en flexión; se sienten contracturados los músculos de la cara anterior del antebrazo, así como el biceps; el volumen disminuido y la sensibilidad, temperatura etc. iguales á las del lado opuesto. El pié izquierdo en rotación hácia adentro, el dedo medio en semi-erección. El volumen también menor que el del lado opuesto. Llaman la atención los latidos arteriales extremanente débiles, así como las contracciones cardiacas igualmente ténues.

No hay ninguna perturbación en los sentidos especiales, ni en los demás aparatos.

El cráneo presenta una asimetría notable; he aquí las medidas que practicamos.

Diámetro antero posterior 15. 7; bi-parietal 12. 6; gran circunferencia 48; semi-circunferencia derecha 22, semi-circunferencia izquierda 26; además se nota una depresión no muy pronunciada al nivel de la sutura fronto-parietal derecha; también la nariz está ligeramente desviada hácia la derecha y la oreja de este lado un poco más pequeña que la del izquierdo; la agudez auditiva sensiblemente igual en ambos oídos. Esto es todo lo que hemos encontrado en esta enferma.

OBSERVACION 4ª

D. V. natural de México de 18 años de edad, entró al hospital del Divino Salvador el 20 de Junio de 1890.—Su madre padeció enagenación mental, y su padre es de costumbres alcohólicas. No hay antecedentes de otra especie. Hará como 5 años sufrió un primer ataque, que no puede explicar en qué consistió; los primeros meses de permanencia en el hospital, sufría uno, coincidiendo con la aparición de la menstruación, pero poco á poco esos ataques han sido más frecuentes, al grado de que en el mes de Septiembre de 91. le dieron incontables, cayendo en el estado de mal epiléptico, llegando á tal grado la intensidad de éste, que la respiración que al principio era irregular, se hizo estertorosa y luego cayó en una verdadera apnea, las pupilas se relajaron lo mismo que los otros esfínteres, el pulso débil, é irregular.

Este mismo estado le ha venido dos veces más: en Diciembre del mismo año y en Febrero del pasado. Actualmente tiene de 9 á 15 ataques por término medio, repartidos en el mes. El ataque se le anuncia por una aura que consiste en sobresaltos del dedo medio. Pronto verdaderas convulsiones le aparecen, primero en la mano y pié derechos, que se le extienden á todo ese lado y luego al opuesto, perdiendo á veces el conocimiento. La duración de este período es de 3 minutos poco más ó ménos, quedando después con cansancio físico y torpeza intelectual. La mano está en flexión forzada, los músculos flexores duros á la palpación, el antebrazo doblado sobre el brazo, tanto éste como la mano mucho más atrofiados que el opuesto; la temperatura es sensiblemente igual; tratando de hacer la extensión de la mano se provoca un temblor de todo el

miembro superior localizándose exclusivamente á él. El miembro inferior derecho mucho más delgado que el izquierdo: el pié descansando solamente en el talón anterior (equino) estando el posterior levantado del suelo 6 centímetros; los músculos posteriores de la pierna muy duros. Los reflejos exaltados, tanto el del antebrazo como el del puño, rótula y pié. La sensibilidad al contacto, dolor, calor están íntegras. Todo lo demás nos pareció normal.

OBSERVACION 5ª

V. S. de 30 años de edad, de México, entró á éste hospital del Divino Salvador, el 3 de Julio de 1875. El grado de torpeza intelectual en que se encuentra y la falta de conmemorativo indirecto, hace que no tengamos antecedentes. No se dá cuenta de como se le anuncia el ataque ni en qué consiste este. Hemos tenido la ocasión de presenciar algunos. El brazo izquierdo se levanta rápidamente sobre el hombro del mismo lado quedándose fijo en ésta actitud algunos momentos, después giran los ojos quedándose en dirección oblícua arriba y á la derecha, empezando luego las convulsiones tónicas y clónicas que se generalizan pronto pero siendo mucho más intensas del lado izquierdo; éste estado muy variable en duración es acompañado de rechinamiento de dientes, evacuación de orina y de materias fecales y pérdida del conocimiento, tras del que viene un período soporoso en que arroja una gran cantidad de saliva espumosa y á veces sanguinolenta. Estos ataques le dán por término medio 2 al mes, excepto en la estación de Invierno en que se le reduplican al grado de darle 10 y más.

Llama la atención el grado de atrofia á que ha llegado la mano y la subluxación de los huesos del carpo que hace que la mano se dirija en flexión

forzada y lateralmente hácia afuera; el pié dirijido también hácia afuera y exajerado el abovedamiento plantar normal; encontramos la temperatura del lado izquierdo mucho menor que la del derecho; y algunas perturbaciones tróficas en la piel. A veces después de los días en que le dán los ataques le queda un sub-delirio tranquilo.

OBSERVACION 6ª

C. S. de México, de 26 años de edad, soltera entró al hospital del Divino Salvador, el año de 79. Tiene antecedentes alcohólicos y hace 14 años le empezaron á dar ataques que no recuerda como eran, niega todo género de traumatismos anteriores; no hay antecedentes hereditarios; sí los hay sospechosos de sífilis. El ataque le dá con convulsiones del brazo y miembro inferior derecho sin ser precedido de aura; suelen acompañarse de pérdida de conocimiento; hay veces en que después de los accesos le viene un estado de manía general aguda. Los ataques van siendo cada día más y más frecuentes. Presenta un fenómeno muy curioso, la atesósis de la mano derecha. Es tan exaltado el reflejo rotuliano, que á cada percusión un verdadero acceso convulsivo del miembro inferior derecho se provoca, propagándosele á veces hasta el superior. La temperatura de este lado es inferior á la del opuesto. Con los ojos cerrados pierde enteramente la noción de estación y equilibrio, pues cae como cuerpo inerte. No hay perturbaciones de la sensibilidad, ni de los demás aparatos.

OBSERVACION 7ª

H. C. de 32 años de edad, soltera, natural de México, entró al Hospital del Divino Salvador el 3 de

Abril de 1891. Su padre y su madre han sido sanos; su abuelo paterno padeció de enagenación mental. Entre las enfermedades que ha padecido refiere úlceras en la garganta, erupciones en el cuerpo, cefalalgía tenaz, dolores de huesos y caida del pelo; tifo, pneumonía y reumatismo. Hará como 5 años que le dió el primer ataque, no recordando la naturaleza del aura ni el modo como le empezó aunque recuerda que tuvo pérdida del conocimiento. Este acceso no le repitió hasta después de 3 meses pero en el intervalo sentía que su mano derecha le temblaba, logrando dominar ese temblor haciendo que otra persona le hiciera enérgicas tracciones; casi por esa fecha notó que se le dificultaba ver, sobre todo con fuerte iluminación borrándosele las imágenes al querer fijar la atención; estas perturbaciones oculares no eran constantes sino que al contrario, tenían alternativas de agravación ó mejoría, coincidiendo la primera, con la aparición de la menstruación; con esta se presentaban también otros fenómenos; cefalalgía intensísima del lado izquierdo; lagrimeo del ojo de este lado, vómitos sin esfuerzo de ningún género, alimenticios comunmente, exajerándosele el temblor de la mano derecha. Después los ataques le daban en número de 12 á 15 cada mes, hasta el presente, que son poco más ó menos los que tiene. El aura es motriz y vaso motriz (sensación de frío y flexión y extensión alternativas del dedo medio de la mano derecha); le dura un minuto aproximativamente viniendo después las convulsiones tónicas y clónicas que comenzándole por la mano se le generalizan rápidamente, predominando siempre en intensidad, las del lado derecho; pierde el conocimiento y tiene evacuación de orina y de materias fecales casi siempre, así como espuma sanguinolenta en la boca. Este estado le dura medio minuto, quedando después en el coma 5 ó 6 minutos. El

pulso llega durante el acceso hasta 130 y la respiración á 50; la temperatura se conserva en la normal. Nunca ha caido hasta ahora en el estado de mal epiléptico. Su inteligencia se ha ido debilitando de día en día: su memoria y sus facultadas afectivas también.

Se observa una desviación de la cara hácia el lado izquierdo: el miembro superior derecho de volumen menor que el izquierdo: las medidas que practicamos nos dieron estos resultados:

	Derecho.	Izquierdo.
Circunferencia del brazo al nivel de la axila....	23	20
» » » á 10 centímetros arriba del olécrano..................................	21	19
Circunferencia del antebrazo á 10 centímetros abajo del olécrano............................	17	15
Circunferencia del puño..............................	12	10
" » metacarpo......................	16	15
Distancia acromio olecraneana......................	30	29
» del apofisis estiloide á la extremidad del dedo medio..................................	16	14

La sensibilidad, contractilidad eléctrica y reflejos idénticos á los del lado opuesto.

El miembro inferior derecho no presenta diferencias con el izquierdo.

Practicamos también medidas del cráneo, que es regular, braquicéfalo.

Diámetro antero--posterior, 16, 8.
» bi--parietal 13, 6.
Gran circunferencia 46.
Semi-circnnferencia derecha é izquierda 23.

El examen oftalmoscópico nos demostró el fondo del ojo derecho mucho más rojo que el izquierdo: la papila perfectamente clara en ambos aunque los vasos de la derecha se destacan mejor que los de la izquierda. Los órganos de los demás sentidos así como los grandes aparatos orgánicos, no nos parecieron alterados.

OBSERVACION 8ª

E. O. de siete años de edad. No hay datos acerca de sus antecedentes. Entró al hospital del Divino Salvador, en el año de 1891. De entonces al presente ha tenido 5 ó 6 ataques al mes, por término medio; no se sabe en qué consiste el aura. El ataque empieza por convulsiones excesivamente fuertes del lado derecho; muy rara vez se le generalizan; casi siempre pierde el conocimiento, quedando en un sopor prolongado. Su inteligencia y demás facultades superiores están aniquiladas; tiene un apetito devorador y á veces pervertido (pica, malacia) La forma del cráneo es irregular, es dolicocéfalo; el ojo izquierdo parece más grande que el derecho; las pupilas igualmente dilatadas y contráctiles; hay una desviación apenas perceptible de la cara hácia el lado izquierdo; no hay estrabismo; el músculo esterno-cleido-mastóideo se dibuja perfectamente del lado derecho, y se siente como una cuerda; el hombro derecho más elevado que el opuesto y está deformado; el brazo derecho aplicado contra el tórax y poco más delgado que el izquierdo; igual cosa podemos decir del antebrazo en ángulo recto con el brazo, teniendo fuertemente aplicada contra su cara anterior la mano en sub-luxacion, dibujándose perfectamente por la cara posterior del puño, los huesos del carpo; los dedos fuertemente aplicados unos contra otros, sin deformación de ningún género, y sí sumamente adelgazados.

El miembro inferior derecho disminuído de volumen. En la cara posterior de la pierna se sienten duros, como contracturados los músculos; el pié descansa exclusivamente sobre las cabezas de los metatarsianos y los dedos; el talón levantado 3 centímetros del suelo (equino). Los reflejos exaltados,

del lado derecho, la sensibilidad al dolor, á la temperatura y al contacto no la pudimos comprobar, por el estado de torpeza intelectual de la enferma. La temperatura igual en ambos lados.

La exploración de los aparatos y el examen oftalmoscópico no nos reveló nada anormal.

Roque Macouzet.

